

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 05**



**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, na UBS Palmeira da
Cima, São Miguel do Tapuio/Piauí**

PEDRO PABLO IZNAGA FERRER

PELOTAS, 2015

PEDRO PABLO IZNAGA FERRER

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, na UBS Palmeira da
Cima, São Miguel do Tapuio/Piauí**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Medicina Social da Universidade
Federal de Pelotas como requisito a obtenção do
Título de Especialista em Saúde da Família

Orientadora: Dra. Emilene Reisdorfer

PELOTAS, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

F385m Ferrer, Pedro Pablo Iznaga

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, na UBS Palmeira da Cima, São Miguel do Tapuio/Piauí. / Pedro Pablo Iznaga Ferrer; Emilene Reisdorfer, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Reisdorfer, Emilene, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus queridos filhos,
meus pais (*in memoriam*), exemplos de vida,
em especial a minha esposa, por todo o amor,
carinho, paciência e compreensão, diante
meu trabalho.

Agradecimentos

À Deus, por caminhar ao meu lado, sempre trazendo confiança em cada momento da minha vida.

À minha esposa por permanecer sempre a meu lado, incentivando meu trabalho.

À minha equipe de trabalho, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, Antônia Ribeiro, Secretaria Municipal de Saúde e Joyce do Amaral Coordenadora de Atenção Básica, pela contribuição na execução nesse trabalho.

À comunidade de idosos da UBS Palmeira de Cima por ter me acolhido bem durante este período de trabalho.

A minha orientadora Emilene Reisdorfer, pelo profissionalismo, dedicação, incentivo e contribuições valiosas.

RESUMO

FERRER, PEDRO IZNAGA. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, na UBS Palmeira da Cima, São Miguel do Tapuio/Piauí 2015.** 82f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UNASUS - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

A população mundial de idosos cresce cada vez mais, e no Brasil a situação não é diferente. Na Unidade Básica de Saúde da Família Palmeira da Cima contempla uma população de 1.633 usuários da zona rural, para um total de 458 famílias, a predominância do sexo masculino com 865 homens, prevalecendo a faixa etária de 15 a 59 anos. A intervenção com o foco na saúde do idoso é de suma importância para esse grupo deles somente 89 (54%) tinham a consulta em dia. Foram realizados 165 atendimentos, atingindo uma cobertura de 100% de usuários de 60 anos de idade ou mais. Com o trabalho da equipe toda foi possível fazer a Avaliação Multidisciplinar rápida a 164 idosos o que representa um 99,4%, realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos. Foram utilizados os prontuários clínicos dos usuários, além das fichas espelhos que permitiu atualização do cadastro. Foi utilizado o protocolo de atenção à saúde do idoso do ano 2010 preconizado pelo Ministério de Saúde. Usuários pertencentes a esta faixa etária foram convocados a participar no projeto, com aceitabilidade geral, e a equipe foi capacitada para participar das atividades educativas e assistenciais. A intervenção facilitou o envolvimento da comunidade com a equipe para a promoção de saúde e diminuição do risco de morbimortalidade dos idosos. Qualificar vários segmentos da Estratégia de Saúde da Família, baseando-se nos conceitos e práticas adquiridos com a especialização de saúde da família é o foco para os próximos momentos de trabalho.

Palavras Chave: atenção primária à saúde, saúde da família; saúde do idoso; envelhecimento; atenção domiciliar.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados	62
Figura 2	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados	63
Figura 3	Proporção de idosos com exame complementares periódico em dia na UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI. Fonte: Planilha de coleta de dados	64
Figura 4	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI. Fonte: Planilha de coleta de dados	65
Figura 5	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI. Fonte: Planilha de coleta de dados	66
Figura 6	Proporção de idosos com primeira consulta odontológico programática. UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI. Fonte: Planilha de coleta de dados	67
Figura 7	Proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa. UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI. Fonte: Planilha de coleta de dados	68

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
APS	Atenção Primária em Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PI	Piauí
SUS	Sistema Único de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 ANÁLISE SITUACIONAL	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2. Análise Estratégica.....	244
2.1 Justificativa	244
2.2 Objetivos e Metas da Intervenção.....	255
2.3 Metodologia.....	277
2.3.1. Detalhamento das ações	28
2.3.2. Indicadores.....	48
2.3.3. Logística.....	522
2.3.4 Cronograma	57
3. Relatório da Intervenção	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	600
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	600
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	600
4. Avaliação da intervenção	611
4.1 Resultados	611
4.2 Discussão	700
5. Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	733
6. Relatório da intervenção para os gestores.....	744
7. Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.....	76
Referências	78
Anexos.	79

Apresentação

O projeto de trabalho Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, foi desenvolvido na Unidade Basica de Saude (UBS) Palmeira da Cima, município São Miguel do Tapuí- Piauí, formando parte das atividades realizadas durante o Curso de Especialização em Saúde da Família, (ESF) na modalidade a distância, consta de sete partes principais: análise situacional, onde abordamos as atividades realizadas na UBS, sua estrutura física, recursos humanos e processo de trabalho; 2 – Análise estratégica: onde realizamos o planejamento para intervenção definindo objetivos, metas, indicadores e ações; 3 – Relatório da intervenção: momento em que paramos para analisar todo o trabalho realizado, revivendo desde o início as conquistas e os momentos de dificuldades que encontramos para realizar nossa intervenção; 4 – Avaliação da intervenção: a qual realiza a análise e discussão dos resultados da intervenção; 5 – Relatório da intervenção para os gestores onde apresentamos aos gestores os resultados obtidos com a implementação da ação programática; 6 - Relatório da intervenção para a comunidade onde apresentamos nas comunidades os principais ganhos obtido para a comunidade durante a intervenção y 7 - Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, levando em consideração as expectativas iniciais da intervenção, avaliamos o que de mais relevante conquistamos através da intervenção. As atividades foram desenvolvidas, visando qualificar o programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. A partir desta caracterização, identificou-se a área de promoção e prevenção à saúde da pessoa idosa como deficitária, o que motivou a temática do projeto. Este foi elaborado mais detalhadamente na etapa de análise estratégica.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A Atenção Básica constitui-se em um conjunto de ações que dão consistência prática ao conceito de Vigilância em Saúde, referencial que articula conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, redefinindo as práticas em saúde, articulando as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Concomitante, a ESF é um modelo que procura reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS e com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) estrutura vinculada à Atenção Básica de Saúde (ABS) que busca ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado.

A ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade. Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011).

Atualmente estou trabalhando em São Miguel do Tapuio, município localizado no centro norte do estado do Piauí, com uma população estimada de 18.082 habitantes. Possui 09 equipes de saúde da família e 08 equipes de saúde bucal, além de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

A unidade básica de saúde (UBS) onde trabalho encontra-se no interior do município, na localidade Palmeira de Cima. Fazemos atendimentos no interior do

município em dois postos de saúde, que são de estrutura física pequena, além de atender sete comunidades onde as consultas são na casa de usuários e em escolas.

A equipe de trabalho está composta por: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um técnico de saúde bucal, um cirurgião dentista, 5 agentes comunitários de saúde e um médico. Os profissionais de saúde bucal não têm local específico de trabalho, por enquanto fazem atividades educativas nas comunidades e atendimento na unidade de odontologia móvel.

Mensalmente planejamos as atividades que serão desenvolvidas no território de abrangência, em áreas prioritárias da atenção básica à saúde, como ações de saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, entre outras. A visita domiciliar é realizada por todos os membros da equipe de saúde mediante agendamento. A identificação das famílias que necessitam de cuidados domiciliares se dá através do acompanhamento do agente comunitário de saúde. A frequência das visitas, adequa-se a necessidade individual de cada usuário.

No dia a dia vivenciamos algumas dificuldades devido a inadequada estrutura física da UBS, a equipe de saúde bucal não tem local para atendimento, só na unidade móvel que é limitada. Também o difícil acesso para algumas localidades e a falta de intersectorialidade, dificulta concretizar ações necessárias em problemas de saúde coletiva detectados.

A organização da UBS, além de facilidade de acesso, construção de vínculos positivos e responsabilização dos profissionais de equipe pela continuidade do cuidado dos usuários, são determinantes decisivos para desenvolver as ações efetivas na produção da saúde em um território. É necessária também a articulação entre os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades (BRASIL, 2011).

Deve ainda ter foco da promoção da saúde a participação social e a intersectoralidade, com a criação de espaços coletivos de discussão, nos quais sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo que a comunidade, suas lideranças e membros de outras políticas e/ou serviços públicos,

presentes no território, poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades, pactuar e avaliar o projeto de saúde para a comunidade.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica especialmente no contexto do SUS. Nosso desafio consiste na organização do trabalho que contemple a alta complexidade de saberes, a responsabilidade coletiva das ações e a efetiva interação dos recursos humanos de diferentes áreas profissionais, vislumbrando a superação das atuações fragmentadas, mantenedoras do isolamento e das relações de poder entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços, que inviabilizam a produção do trabalho em equipe desejado na atenção à saúde mais integral e resolutive. E assim poder oferecer uma atenção integral, interativa e de qualidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade em que atuo pelo Programa Mais Médicos é São Miguel do Tapuio que localiza-se no centro norte do estado do Piauí do Brasil a uma latitude 05°30'13" sul e a uma longitude 41°19'24" oeste, está a uma altitude de 285 metros. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) a população estimada de São Miguel do Tapuio é de 18.082 habitantes, possui uma área de 5.305,6 km² e fica a 190 km da capital Teresina.

Limita-se ao leste com os municípios de Assunção, Novo Oriente e Crateús, estes dois últimos pertencentes ao estado do Ceará; ao oeste com os municípios de Santa Cruz dos Milagres, Prata e Ato Longá; ao norte com os municípios de Buriti dos Montes, Castelo do Piauí e São João da Serra; ao sul com os municípios de Pimenteiras e Aroazes.

O sistema de saúde do município possui nove equipes de saúde da família, quatro equipes na sede municipal e o resto das equipes funcionam na zona rural do município. Destas somente uma equipe trabalha em uma Unidade Básica de Saúde com infraestrutura tradicional, as demais encontram-se em locais adaptados, alugados pela secretaria de saúde do município. Possui núcleo de atenção à saúde da família (NASF) e vínculo institucional com um Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS). A disponibilidade de atenção especializada se comporta da seguinte forma: um psiquiatra, um ginecologista e, um cardiologista.

O município tem um Hospital Estadual, mas que apresenta dificuldade com a prestação de serviços médicos nas emergências, neste caso, não só por a falta do recurso humano, também por estrutura deficiente assim como a falta de equipamento médico e medicamentos não existe Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Existe um laboratório vinculado a secretaria de saúde que faz os exames de rotina, e a coleta para os de alta tecnologia, priorizados para atenção pré-natal, hipertensos e diabéticos. Não contamos com serviço de laboratório de urgências, e quando precisamos exames para usuários não incluídos nestes grupos, requeresse a autorização da secretaria de saúde.

Quanto aos exames radiológicos, são feitos o RX simples, no hospital, e o Ultrassom, através de um convênio da secretaria com uma clínica privada. Outros complementários como ressonância magnética, endoscopia, atendimento com especialidades e procedimentos cirúrgicos eletivos, são marcados pela central e podem demorar até um ano para ser marcados, gerando muitas insatisfações para a população, como para o pessoal médico.

A UBS onde atuo encontra-se no interior do município, na região rural, em a localidade Palmeira de Cima e abrange 7 comunidades. O modelo da atenção é da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas não tem vínculo com instituições de ensino. Atualmente a equipe está composta por: um médico, uma enfermeira, uma técnica em saúde bucal, um cirurgião dentista, cinco agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem.

A estrutura física da UBS encontra se em construção e estamos trabalhando em locais adaptados (casas alugadas e escolas). O profissional de saúde bucal não tem local específico de trabalho, por enquanto faz atividades educativas nas comunidades e atendimento na unidade odontologia móvel. Portanto, os locais não cumprem com as normativas descritas no Manual da Estrutura da UBS.

Atualmente nosso maior desafio consiste em oferecer uma boa organização do trabalho em equipe e a integralidade nas ações desenvolvidas. Acredito que cada membro de equipe conhece suas funções, mas não são cumpridas em sua totalidade. Um dos motivos pode ser por que não existia uma metodologia de trabalho adequada,

ou por desmotivação dos integrantes da equipe, dificultando o estabelecimento das prioridades do atendimento e planejamento das ações a desenvolver. Por exemplo, os agentes de saúde não informam oportunamente, as incidências ocorridas em suas micro áreas, sim alguém fica doente que precise de uma consulta domiciliar imediata, eles não solicitam para o médico. Outra questão que afetam de maneira indireta é a estrutura deficiente da UBS, e a demora na construção da UBS nova.

Outro obstáculo que enfrentamos com frequência é a dificuldade de articulação das redes de atenção. O encaminhamento para outras especialidades é muito demorado e o usuário pode não receber atenção especializada em tempo. Isso pode ocasionar a piora de seu estado de saúde.

Também temos que aumentar a autonomia e participação social da comunidade, para conseguir transformações em seu estado de saúde e que nossa equipe tenha mais participação comunitária, fortalecendo os vínculos com a comunidade. Devemos melhorar a metodologia do trabalho da equipe e ampliar as ações na comunidade, conseguir a intersectorialidade e mais apoio do gestor, pois precisamos da colaboração e esforço de cada integrante e representante, para poder oferecer um serviço integral e de qualidade para nossa comunidade e aumentar a confiança dos usuários no Sistema Único de Saúde.

A população da área adstrita contempla um total de 1633 usuários da zona rural em 458 famílias. O predomínio é do sexo masculino com 865 homens e 768 mulheres, prevalecendo a faixa de etária de 20 a 39 anos. Existe uma equipe da saúde da família o qual, é suficiente, pois a população não é superior a 4000 habitantes.

O Acolhimento dos usuários é realizado por todos os membros da equipe no trabalho diário e sempre tentamos priorizar os problemas que precisem de atendimento imediato. Oferecemos este tipo de consulta com o médico e enfermeiro, não existindo excesso de demanda para consultas de usuários com problemas de saúde agudos que necessitam atendimento no dia.

Pouco a pouco temos mudado a maneira de pensar dos membros da equipe de saúde com relação a este tema. No início do Programa Mais Médicos somente se faziam as consultas agendadas sem ter em conta as necessidades as demandas espontâneas que precisavam os usuários.

Pouco a pouco fomos conscientizando os membros da equipe a respeito da importância de atendimento de doenças agudas, além de os usuários necessitarem de nossa melhor atenção em todos os sentidos, que forma parte de nossos objetivos de trabalho, para conseguir maior satisfação dos usuários com a atenção médica e melhorar os indicadores de morbimortalidade em saúde.

Nossa equipe de trabalho acompanha a 16 crianças menores de um ano de idade, perfazendo 67% de atendimento, segundo as estimativas populacionais do caderno de ações programáticas. Os indicadores da qualidade de atenção a criança avaliado em minha área são afetados principalmente por um atraso de cerca de 25% nas consultas segundo o estabelecido pelo programa.

Os principais problemas que temos estão relacionados às mães adolescentes que não dão importância a este acompanhamento das crianças, neste caso são recuperadas na visita domiciliar. Outro problema são as consultas de 7 dias e a triagem auditiva pois não contamos com estes dados. Outro elemento importante é a assistência à saúde das crianças entre 24 meses e 72 meses às consultas planejadas, pois as mães só trazem para consulta por doenças agudas.

A atenção à saúde da criança tem sido alvo de preocupação de profissionais da saúde, gestores e políticos, representando um campo prioritário de investimentos dentro dos cuidados à saúde da população. Neste contexto, cabe à equipe de saúde identificar o melhor cuidado à saúde da criança e família, pois no cotidiano da rede básica de saúde, no atendimento em pediatria, além da criança, ser biológico e social, insere-se a mãe, a família, suas subjetividades, compreensões, dúvidas e necessidades. É um encontro entre pessoas, de produção de relações, de diálogos e de atendimento às necessidades por parte daquele que busca algo a crescer e desenvolver todo seu potencial.

Com respeito à não assistência das consultas de puericultura, ainda temos que trabalhar no convencimento das mães sobre a importância de trazer as crianças para a consultas, sendo um trabalho de toda a equipe de saúde, essencialmente das agentes de saúde. Na unidade, a atenção à saúde da criança, é feita pelo médico e enfermeiro. O planejamento é feito de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (2013). Durante a consulta damos orientação às mães sobre a importância das vacinas, aleitamento materno e outros temas de interesse. Também falamos com as

mães sobre desenvolvimento das crianças e esclarecemos qualquer dúvida que elas têm.

O atendimento pré-natal na atenção básica de saúde deve ser organizado para atender as reais necessidades de toda a população de gestantes da área de abrangência do serviço de saúde por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados disponíveis. Para isso a estrutura física desse serviço deve ser adequada e funcional, propiciando condições favoráveis de trabalho aos profissionais e agradáveis às gestantes.

Em nosso caso a estrutura da unidade básica da saúde é ainda insuficiente, mas a UBS acolhe as gestantes que pertencem a nossa área de abrangência, fazendo a captação da gravidez. Após a confirmação, pelo médico ou enfermeiro, é realizado o acompanhamento mensalmente até a 28ª semana e quinzenal até a 36ª semana de gestação e após, semanalmente até o nascimento, continuando posteriormente com uma consulta no puerpério.

Existem apenas 5 gestantes que estão cadastradas na área de abrangência, pelo qual o atendimento está abaixo de 24%, não existindo arquivo ou registro de gestantes e puérperas na unidade, desconhecendo o número de partos, e puérperas atendidas neste período.

Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, além de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto e que a assistência seja realizada de forma humanizada e segura. Mais isto hoje continua sendo um problema, pois muitas moram na zona rural, com situações socioeconômicas desfavoráveis, tendo só a possibilidade do Hospital da Cidade que não garante o atendimento em caso que acontecer alguma complicação.

O calendário das consultas de pré-natal é programado em função dos períodos gestacionais que determinam mais risco materno e perinatal. É fundamental que ele seja iniciado precocemente, ou seja, no primeiro trimestre, e este um dos problemas mais frequentes que se apresentam pois geralmente as captações são tardias, devido ao alto número de adolescentes grávidas que ocultam a gravidez.

Durante a assistência pré-natal orientamos e esclarecemos sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, visando à redução das taxas de morbi-mortalidade materno-infantil, baixo peso ao nascer e retardo do crescimento intrauterino, visto que estas causas são evitáveis dependendo da qualidade assistencial prestada neste período.

O agente deve reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a equipe e, embora a atenção esteja voltada para a gestante, ele deve sempre lembrar que a assistência no domicílio é de caráter integral e, sistematicamente, deve abranger toda a família e o contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fatores de risco para a gestante ou para outro membro da família deve ser registrada e discutida com a equipe na Unidade de Saúde. Mais ainda temos dificuldades, pois as agentes não realizam este trabalho integral e que é favorável.

Na consulta, devem ser valorizadas as queixas referidas, ou seja, a escuta à gestante, visto que possibilitam a criação de ambiente de apoio por parte do profissional e de confiança pela mulher. Acredito que ainda devemos melhorar e fortalecer nosso trabalho, para assim obter melhores indicadores no cuidado materno infantil, na atenção básica de saúde.

A cobertura de Prevenção do Câncer de colo de Útero encontra-se abaixo do estimado para a população, de um total de 382 mulheres entre 25-64 anos, dados estimados pelo caderno de ações programáticas, só 68 (18%) fazem acompanhamento segundo registro da unidade, ficando muito abaixo dos parâmetros estabelecidos. Este dado foi buscado nos prontuários médicos, pois o registro encontra-se desatualizado e incompleto, por isso o trabalho deve ser encaminhado ao cadastro e vinculação das mulheres ao programa. Durante o acompanhamento, são orientadas quanto a prevenção de Câncer do colo de útero e DST, assim como é feita avaliação de risco (comportamento sexual de risco, tabagismo, infecção por papiloma vírus).

Tendo em conta os aspectos do processo de trabalho avaliados, posso refletir que temos muito que fazer em nosso trabalho, encaminhado a garantir um melhor funcionamento do programa, que nos permita tomar ações para incrementar o trabalho em equipe. Em minha unidade básica de saúde se faz o exame cito patológico duas vezes na semana. Mais temos um obstáculo cultural, pois o profissional de

enfermagem, é do sexo masculino, e muitas mulheres não querem ser examinadas por ele. Existe baixa cobertura de atendimento sobre o número de mulheres que deveriam fazer a cito patologia, pelo qual o trabalho deve ser encaminhado a ações de promoção de saúde que permitam ampliar o acesso.

A cobertura de controle do câncer de mama encontra-se abaixo do estabelecido, pois o programa não estava funcionando na unidade de saúde. Não temos nenhum registro, esse dado foi obtido nos prontuários médicos daquelas usuárias orientadas a consultar a consulta no período de sete meses. Não posso fazer a análise mais profunda por falta de informação. Considero que este programa deve de ser recuperado e atendido com prioridade por nossa equipe.

Temos dificuldade com o atendimento a este grupo de mulheres. Fazemos a consulta integral onde trabalhamos em busca de fatores de risco, antecedentes familiares, entre outros, mas ainda não conseguimos planejar as consultas por desconhecimento do número real das mulheres compreendidas nesta faixa de etária.

Considero que deveríamos elaborar um registro atualizado que nos permita conhecer a situação real de cada um dos usuários, para conseguir um atendimento com maior qualidade e resolutividade, para garantir o acesso de todas as mulheres aos serviços de mamografia. A realização de palestras é também muito importante para que a população tenha conhecimento sobre o tema, mostrando como fazer o autoexame de mama para o diagnóstico precoce de sinais de alarme.

As Doenças Crônico-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira.

Temos um total de 160 usuários com hipertensão arterial, sendo que acompanhamos 100% deles. Segundo a estimativa do caderno de ações programáticas, deveríamos ter um total de 328 usuários, pelo qual o número de usuários acompanhados representa apenas 49% desta estimativa, porcentagem muito abaixo do parâmetro estabelecido. Assim, acredito que existe um sub registro desta informação.

Devemos fazer uma atualização do cadastro da população hipertensa, na área da abrangência, para descartar subnotificação. Pesquisar todas as pessoas com ou sem fator de risco associado, em busca de hipertensão arterial, verificando a pressão arterial de 100% da população maior de 20 anos que busca a UBS.

Outras ações que devemos fazer são: criar grupos de usuários hipertensos, nas micro áreas, realizando atividades de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, prevenção de agravos, educação em saúde; estimular a prática diária de exercício físico; fazer uma avaliação integral aos usuários; conseguir a incorporação dos profissionais do NASF no acompanhamento destes usuários. Planejar com a coordenação de atenção básica do município atividades coletivas, na promoção de estilos de vida saudáveis, divulgar na rádio comunitária as medidas para prevenir a incidência desta doença. Estabelecer uma melhor política do funcionamento nas redes de atenção no município para a realização de exames complementares, avaliação com as especialidades correspondentes e garantir o atendimento no caso da emergência hipertensiva.

Nossa equipe tem cadastrados 19 usuários diabéticos, e segundo a estimativa para a nossa UBS, deveríamos ter 94 usuários. Assim, temos apenas 20% cadastrados, um número baixo tendo em conta a alta prevalência dessa doença. Consideramos que também existe um sub registro de esta doença, que pode estar relacionado a não realização da pesquisa ou rastreamento desta patologia como uma rotina na unidade de saúde.

Temos que oferecer uma atenção integral ao usuário diabético, para conseguir melhorar a qualidade de vida, prevenir as complicações e garantir um desenvolvimento normal das atividades de sua vida. Para isso precisamos educar os usuários sobre seu controle metabólico, que depende de seu autocuidado, do regime nutricional adequado, que dará o êxito ou fracasso a qualquer terapêutica farmacológica que seja usada.

Cada contato com eles tem que ter um componente educativo, preventivo e de educação ao usuário e a família, no cuidado para a prevenção das complicações e controle metabólico. Devemos identificar e classificar os diabéticos em nossa área de abrangência, criar grupos nas micro áreas para trabalhar com eles nas ações educativas e demonstrativas do cuidado. Nestas atividades é muito importante a

participação da nutricionista para orientar a mudança de hábitos alimentares, e para realizar a avaliação destes usuários.

São muitas as ações que poderíamos realizar, mas para isso temos que contar com a participação da equipe toda, saúde bucal, os profissionais da equipe, os agentes comunitários de saúde e a equipe NASF, para assim conseguir uma abordagem multidisciplinar e integral que estes usuários requerem. A batalha desta doença, só pode ser vencida através das ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e prevenção das complicações, mas o principal eixo são as atividades educativas.

A qualidade de vida de os usuários da terceira idade (maiores de 60 anos) aborda aspetos tais como: estado funcional, determinação de fatores de risco e predição de incapacidade. A partir deles é que podemos planejar ações preventivas neste grupo, buscando uma maior satisfação de vida e autonomia.

Em nossa unidade de saúde, temos cadastrados 165 usuários maiores de 60 anos, representando 95% de acordo com as estimativas de distribuição da idade, alguns com doenças crônicas, com HAS e DM, concomitantes. Ao avaliar os indicadores de qualidade deste grupo de atenção verificamos que apenas 89 (54%) possuem avaliação de risco para morbimortalidade, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física. Podemos dizer que em nossa unidade não existe um protocolo de atendimento aos usuários idosos, eles são atendidos nas visitas domiciliares a aqueles que tem alguma incapacidade ou limitação motora que impede a vinda ao posto de saúde, ou quando é feita a consulta de atendimento para HAS e/ou DM. Não temos ações planejadas em nosso cronograma de trabalho para este grupo de pessoas. Na micro área que encontra-se na zona rural do município, a maioria das pessoas maiores de 60 anos levam uma vida ativa e aparentemente saudável, mas alguns tem doenças crônicas e situações emocionais complicadas, limitações físicas e incapacidades que afetam sua autonomia, qualidade de vida e inserção social.

Acredito que devemos levar nossos serviços a eles, para que tenham maior acessibilidade a nossos serviços de saúde. Um momento oportuno seria, na visita domiciliar, mais não limitar só a avaliar a esfera biológica ou renovar a receita do tratamento farmacológico já prescrito, temos que fazer uma visita com uma

abordagem integral, onde cada membro da equipe identifique os riscos, as características da casa, riscos ambientais, de acidentes e dinâmica familiar. Como médico, devo fazer uma completa avaliação clínica que inclua os antecedentes, o estado de saúde atual, as medicações. Fazer uso da caderneta da pessoa idosa permitirá um melhor acompanhamento das ações individuais feitas com eles.

Utilizar os instrumentos e ferramentas existentes no sistema, para a avaliação de estas pessoas permitirá dirigir a conduta, tratamento e ações específicas para cada caso. Para conseguir tudo isto, devemos primeiramente reunir os membros da equipe e conscientizar no cuidado que merece este grupo de pessoas, para assim priorizar atividades sistemáticas no planejamento cotidiano de nosso trabalho. Para garantir o tratamento humanizado e respeitoso que estas pessoas merecem, por parte nossa e de toda a sociedade, devemos discutir e divulgar periodicamente a carta dos direitos dos usuários e dos direitos das pessoas idosas, em instituições escolares, comunidades e população em geral.

Em nossa unidade de saúde, a equipe de NASF não assiste periodicamente a nossa área de abrangência, fato que também constitui um obstáculo para a assistência aos idosos. Com o apoio do NASF, poderíamos criar grupos de pessoas idosas por micro áreas e trabalhar em conjunto com os agentes comunitários de saúde, na promoção e modificação de estilos de vida. Estas atividades deveriam incorporar exercícios físicos, momentos de lazer, de comunicação entre eles e com os integrantes da equipe de saúde, aumentando os laços afetivos entre eles. Também poderíamos intervir com a família no cuidado destas pessoas, que não sintam marginalizados e abandonados, que a família seja responsável com seu cuidado, afeito, sustento e apoio nesta etapa da vida.

A saúde dos idosos, tem um vínculo muito forte com a saúde funcional e o estado psicológico, que permite que indivíduo viva a plenitude, de acordo com suas possibilidades e capacidades, cumprindo com suas expectativas, então estarão vivendo de maneira saudável.

Temos muitos desafios adiante, além de já ter um caminho recorrido, ainda temos muito que fazer para oferecer um serviço de excelência para nossa população. Os resultados podem ser favoráveis para garantir uma atenção como solicita o Ministério da Saúde e como merece a população do Brasil.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo uma comparação com a tarefa apresentada na segunda semana de ambientação podemos perceber algumas mudanças favoráveis, por exemplo, a equipe de trabalho está, mais organizada e unida. Inicialmente não compartilhavam as mesmas ideias sobre a assistência, mas com os argumentos oferecidos tudo foi mudando.

Conseguimos que as reuniões de equipe sejam feitas de forma estável, pois, anteriormente, não eram feitas de forma sistemática e com pouca participação dos membros da equipe. Atualmente conhecemos, melhor nossa realidade, problemas e fortalezas. O curso de especialização trouxe muitas ferramentas para melhorar nosso trabalho.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento populacional, é um fenômeno mundial, e envolve aspectos biológicos, políticos, econômicos, culturais, educacionais, psicológicos e sociais. Segundo dados do IBGE (2003) a expectativa de vida atual da população brasileira, está em torno de 71,3 anos, devendo continuar subindo nos próximos anos. Na medida em que o país passa por uma rápida transição demográfica, o aumento de idosos determina outro perfil de situação de saúde e doença na sociedade (BRASIL, 2013). O avanço do conhecimento científico mostra-nos que é possível a sociedade alcançar uma longevidade com qualidade, isso depende muito das condições de saúde dos indivíduos e da assistência oferecida (World Health Organization, 2002).

Temos cadastrados 165 usuários maiores de 60 anos, representando 95% do esperado de acordo com as estimativas da distribuição da idade. Alguns apresentam também doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) concomitantes. Ao avaliar os indicadores de qualidade da atenção à saúde para este grupo etário, podemos dizer que na UBS não existe um protocolo de atendimento aos usuários idosos. Eles são atendidos nas visitas domiciliares, aqueles acamados ou que tem alguma incapacidade ou limitação motora que impede assistir a UBS, ou quando é feita a consulta de atendimento de hipertensos e diabéticos. Não sendo planejadas ações específicas para este grupo em nosso cronograma de trabalho

Por enquanto, devemos ampliar o atendimento das pessoas idosas na UBS, para oferecer maior acessibilidade a nossos serviços de saúde. Assim, realizaremos uma abordagem integral, com uma completa avaliação clínica, multiprofissional e odontológica. Vamos utilizar os instrumentos e ferramentas existentes no sistema para a avaliação destas pessoas e direcionar a conduta, tratamento e ações específicas direcionadas em cada caso. Assim poderemos superar as dificuldades diárias que elas sofrem, algumas estão afastadas da família, por não ter possibilidade econômica sustentável e independência funcional, estas questões devem ser valorizadas no entorno médico, psicológico, social, cultural.

Neste contexto pretendemos fazer uma abordagem integral da população idosa, que terá repercussão muito positiva, tanto no aspecto clínico, psicológico e social devido a profunda melhoria em sua qualidade de vida.

2.2 Objetivos e Metas da Intervenção

2.2.1. Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos na UBS Palmeira da Cima, São Miguel do Tapuio/Piauí.

2.2.2. Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso
4. Melhorar o registro das informações dos Idosos da Área.
5. Mapear os idosos de risco a área de abrangência da Unidade.
6. Promover a saúde dos idosos

2.2.3. Metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta:

- 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Metas:

- 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos cadastrados da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em idosos cadastrados em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade para diabéticos.
- 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos cadastrados que são hipertensos e/ou diabéticos.
- 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos cadastrados.
- 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 2.7. Rastrear 100% dos idosos cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.
- 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e glicose elevada.
- 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos cadastrados.
- 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta:

- 3.1. Buscar 100% dos idosos cadastrados faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos Idosos da Área.

Metas:

- 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas cadastradas.
- 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco a área de abrangência da Unidade.

Metas:

5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Metas:

6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

A expectativa de vida tem aumentado nas últimas décadas, com implicações profundas para o envelhecimento saudável. Determinando necessidades e demandas neste grupo, constituindo uma prioridade a identificação de aqueles fatores que contribuem a promover níveis de saúde a pessoas idosas, com vistas a acrescentar sua qualidade de vida.

A intervenção de saúde da pessoa idosa vai refletir na expectativa de vida em nossa área de abrangência, pelo qual é importante organizar o trabalho, para conseguir resultados meritórios. A UBS onde atuo, tem cadastrados 165 usuários maiores de 60 anos, representando 95% de cobertura de acordo com as estimativas dos cadernos das ações, alguns com doenças crônicas concomitantes. Não existe um protocolo de atendimento aos usuários idosos, eles são atendidos nas visitas domiciliares a aqueles que tem alguma incapacidade a limitação motora que impede assistir ao posto de saúde, ou quando é feita a consulta de atendimento de HIPERDIA. Não temos planejadas ações em nosso cronograma de trabalho para este grupo de pessoas, por isso há uma grande necessidade na melhora da qualidade do atendimento a este grupo.

A área da abrangência da equipe, encontrasse na zona rural do município, a maioria das pessoas maiores de 60 anos, encontrasse com uma vida ativa e aparentemente saudável, mais alguns apresentam doenças crônicas e situações emocionais, limitações físicas e incapacidades, que afetam sua autonomia, qualidade de vida e inserção social. Devemos levar nossos serviços a eles, com maior acessibilidade, fazer uma completa avaliação clínica que incluía os antecedentes, o estado de saúde atual, as medicações, e fazer uso da caderneta da pessoa idosa, que permitirá um melhor acompanhamento das ações individuais realizadas. Utilizar os instrumentos e ferramentas existentes no sistema, para a avaliação destas pessoas, que permitirá dirigir a conduta, tratamento e ações específicas em dependência do caso.

Para conseguir tudo isto, devemos primeiramente reunir aos membros da equipe e conscientizar no cuidado que merece este grupo de pessoas, para assim priorizar atividades sistemáticas no planejamento cotidiano de nosso trabalho. Além do trato humanizado e respeitoso que estas pessoas merecem, por parte nossa e do resto da sociedade, por isso devemos discutir e divulgar periodicamente a carta dos direitos dos usuários, e os direitos das pessoas idosas, em instituições escolares, comunidades, e população em geral. Ao levar a cabo a intervenção pretendemos implantar na prática o protocolo de atendimento à saúde das pessoas idosas para conseguir uma assistência de qualidade, atualizar o cadastro das pessoas maiores de 60 anos, pertencentes a área adstrita e promover atividades de saúde, para fortalecer o vínculo e inserção social, melhorar a qualidade de vida, destas pessoas, assim como estabelecer vínculos da equipe de saúde com o indivíduo e família.

2.3.1. Detalhamento das ações

Objetivo1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta: 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar 100% da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente.

Detalhamento da ação

Serão acolhidos e cadastrados 100% das pessoas idosas que residem na área de abrangência da UBS. Faremos uma atualização do cadastramento dos idosos, que permitirá monitorar ao menos uma vez por mês a cobertura, dos idosos incluídos na intervenção, com acompanhamento na unidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Acolher 100% dos idosos. Cadastrar 100% dos idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento da ação

Garantir o acolhimento dos 100% dos idosos através do projeto de intervenção, assim como fazer o cadastramento dos mesmos com ajuda das agentes de saúde da área de abrangência. Estabelecer que cada uma das agentes de saúde faça o cadastramento dos idosos para 100% de cobertura da área de abrangência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Explicar as famílias e comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde, incentivando à participação da comunidade, através das atividades educativas a importância do acompanhamento periódico dos idosos na unidade de saúde e assim com o comprometimento de todos poderem trabalhar com este grupo de etários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento da ação

Faremos capacitação da equipe no acolhimento aos idosos e na busca daqueles que não estão realizando acompanhamento. Para desenvolver este eixo, serão trabalhos temas de atenção aos idosos em cada reunião da equipe em forma de conversas e trocas de experiências. Iremos oferecer aos agentes comunitários de saúde diferentes modos de atuação na busca ativa daqueles idosos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço, aproveitando as atividades da visita domiciliar.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Monitorar nos prontuários clínicos a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde. Garantindo os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropometria, Tabela de Snellen.), com apoio do gestor municipal. Sendo definidas as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos, aproveitando os cenários nas reuniões da equipe e durante a capacitação.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropometria, Tabela de Snellen...).

Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento da ação

Exigir ao gestor a presença dos recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos na unidade de saúde.

Definir claramente nas reuniões da equipe as atribuições de cada profissional na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos da unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento da ação:

Orientar a família e comunidade quanto a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, aproveitando todos os cenários possíveis, para conscientizar e estimular neste eixo. Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta, sendo expressados de maneira tal, para conseguirmos estimular a modificação de hábitos e estilos de vida saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento da ação

Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e encaminhamento adequados casos que necessitem de avaliações mais complexas. Estabelecer a participação da equipe nas consultas dos idosos com o objetivo de criar habilidades para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida

Meta: 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para usuários com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Efetivar-se o exame físico adequado aos dos idosos, para poder identificar os riscos para morbimortalidade que apresentam e monitorar o mesmo nos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação:

Aproveitar nas reuniões da equipe e debater as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Esquadrinhar nos prontuários clínicos aqueles idosos que não realizaram exame clínico apropriado e recuperar o mesmo em consulta planejada. Agendar através dos dados oferecidos por as agentes de saúde nas visitas

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação:

Aproveitar palestras, consultas e visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da ação:

Estabelecer a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar capacidades na realização de exame clínico apropriado. Criar capacidades a equipe no registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Ações relacionadas aos 4 eixos:**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação:

Monitorar nos prontuários clínicos o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento da ação:

Garantir a solicitação dos exames complementares, sendo indicados os exames complementários aos idosos avaliados em consultas ou visitas domiciliares, que requeiram da realização dos mesmos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da ação:

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, aproveitando durante a consulta médica, atividades educativas e visitas domiciliares

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação:

Planejar nas reuniões a capacitação da equipe sobre temas do protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Meta: 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Ações relacionadas aos 4 eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento da ação:

Fazer monitoramento nos prontuários clínicos dos medicamentos utilizados pelos usuários e conhecer se são adquiridos nas farmácias populares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Garantir por meio do registro as necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde no período do ano.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação:

Explicar em palestras, consultas médicas e visitas domiciliares o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação:

Planejar nas reuniões atualização da equipe sobre temas do tratamento da hipertensão e/ou diabetes, assim como devem orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta: 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento da ação:

Fazer monitoramento do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados pelos ACS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento da ação:

Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento da ação:

Aproveitar as palestras para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento da ação:

Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Ações relacionadas aos 4 eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento da ação:

Fazer monitoramento das informações dos ACS entregues em cada semana verificando a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento da ação:

Agendar as visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, prévia coordenação com as agentes de saúde em cada reunião da equipe

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento da ação:

Valer-se da participação da comunidade nas palestras para informar sobre os casos em que necessitam da visita domiciliar, assim como a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visitas domiciliares.

Detalhamento da ação:

Utilizar as reuniões da equipe para orientar as ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Metas 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Ações relacionadas aos 4 eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número idoso submetido a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento da ação

Fazer revisão do número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente a través dos prontuários clínicos

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS, dando prioridade.

Coordenar através do gestor o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde para todos os integrantes da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre a importância da realização da aferição da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento da ação:

Utilizar os espaços das palestras para explicar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento da ação:

Estabelecer a presença da equipe da UBS nas consultas médicas para verificação da PAS, assim como dedicar um tempo nas reuniões da equipe para exercer comprovação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Metas 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Ações relacionadas aos 4 eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento da ação:

Aproveitar acompanhamento do número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para fazer rastreamento da DM.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Estabelecer prioridade de forma organizada do acolhimento para os idosos portadores de DM nos dias do atendimento as pessoas idosas

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, sendo coordenado com o gestor municipal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.
.Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento da ação:

Orientar durante as atividades educativas, a família e comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento da ação:

Treinar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Ações relacionadas aos 4 eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento da ação:

Revisar sistematicamente os prontuários clínicos para monitorar a avaliar a necessidade de tratamento odontológico de idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir a traves do gestor de saúde atenção da saúde bucal dos idosos.

Detalhamento da ação:

Informar sistematicamente ao gestor de saúde as necessidades de atenção da saúde bucal dos idosos da área de abrangência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento da ação:

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos, durante as atividades educativas, consulta médica e visitas domiciliares

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento da ação:

Oferecer nas reuniões da equipe orientações de capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Objetivo3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idosos

Meta: 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Revisão dos prontuários clínicos dos idosos em busca do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação:

Planejar vistas domiciliaria dos idosos faltosos a consulta, previa revisão dos prontuários.

Agendar com ajuda da equipe o acolhimento em consultas dos idosos faltosos, provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações:

Oferecer palestras a comunidade sobre a importância de realização das consultas, para prevenir doenças crônicas e complicações das mesmas.

Aproveitar as consultas, vistas domiciliares e palestras planejadas para explicar os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento das ações:

Dedicar um tempo na reunião da equipe para informar as ACS para atenção ao cuidado do idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Deliberar o dia e periodicidade das consultas dos idosos com a equipe para uma adequada organização do trabalho.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Ações relacionadas aos 4 eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento da ação:

Avaliar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde com o objetivo de organizar o trabalho, facilitar a intervenção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação:

Atualizar as informações do SIAB, através dos dados oferecidos e manter essa atualização.

Garantir com ajuda do gestor para implantar a planilha de registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Definir uma vez ao mês a entrega das informações por parte da equipe para manter atualizado o registro.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

Detalhamento da ação:

Oferecer aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação ao preenchimento dos registros de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento da ação:

Habilitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários do atendimento aos idosos.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Ações relacionadas aos 4 eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento da ação:

Completar e monitorar a entregue da caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos 100% dos idosos cadastrados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento da ação:

Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para completar a entregue daqueles que ainda não tem a caderneta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento da ação:

Informar e criar consciência aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando comparece a consultas em outros níveis de atenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento da ação:

Treinar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, nas reuniões da equipe.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Ações relacionadas aos 4 eixos:**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento da ação:

Fazer rastreamento na área de abrangência do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados para estabelecer ações de prevenção e promoção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento idoso de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento da ação:

Planejar as consultas do atendimento acordo aos riscos de morbimortalidade que apresentam os idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento da ação:

Organizar palestras com o grupo de idosos, assim como nas consultas e vistas domiciliares para explicar nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento da ação:

Oferecer em reuniões da equipe capacitações para os profissionais para conseguir a identificação oportuna e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Ações relacionadas aos 4 eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábito a alimentares saudáveis para todos os idosos.

Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento das ações:

Garantir a orientação nutricional do hábito a alimentares, saudáveis para todos os idosos através do monitoramento dos prontuários médicos dos idosos cadastrados.

Definir a quantidade de idosos com obesidade / desnutrição para ações de promoção e prevenção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento da ação:

Determinar ações a oferecer por agentes de saúde com apoio do médico e enfermeiro para garantir uma adequada orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento da ação:

Fazer palestras com a comunidade, cuidadores e o grupo de idosos para educar e trocar experiências sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os Dez passos para alimentação saudável ou o Guia alimentar para a população brasileira.

Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento das ações:

Planejar capacitações na reunião da equipe em temas como orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Ações relacionadas aos 4 eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento da ação:

Revisar nos prontuários clínicos o número de idosos que recebem orientação de atividade física regular para todos os idosos, assim como definir a quantidade de idosos que realizam atividade física regular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Detalhamento da ação:

Estabelecer as ações a fazer na orientação para a prática de atividade física regular, pelos agentes de saúde com a supervisão do médico e enfermeiro

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento da ação:

Informar-nos diferentes espaços de consultas, visitas domiciliares a importância da realização de atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento da ação:

Oferecer diferentes metodologias a equipe como deve orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Ações relacionadas aos 4 eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento da ação:

Fazer monitoramento das atividades educativas individuais dos idosos a través dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da ação:

Planificar as consultas médica tendo em conta todos os elementos que permitem diferenciar as orientações individuais de cada usuário

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento da ação:

Oferecer palestras aos idosos e familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento da ação:

Proporcionar orientações à equipe durante os diferentes encontros sobre a higiene bucal e de próteses dentárias dos idosos.

2.3.2. Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Indicador 2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Indicador 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Indicador 2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Indicador 5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Saúde de Idosos vamos a adotar o Caderno de Atenção Básica 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Brasil 2013). Serão utilizados os prontuários clínicos, ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso para realização dos registros e coleta de informação necessários para o monitoramento e avaliação da intervenção. Estimamos alcançar com a intervenção um 100% de acompanhamento dos idosos,

pertencentes a área de abrangência da UBS. Faremos contato com o gestor municipal e coordenadora de Atenção Básica para dispor das fichas espelho necessário e para imprimir as mesmas que serão anexadas aos prontuários.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço para atendimento. O profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Será feito o primeiro monitoramento anexando uma anotação especificando em caso de consultas, exames laboratoriais e vacinas atrasadas, exames multidisciplinares, necessidade de atendimento da saúde bucal, idosos com HAS E DM, entre outras doenças concomitantes, fatores de risco associados e condições incapacitantes, e outras condições de interesse médico, social e psicológico.

Os integrantes da equipe de saúde, receberão capacitação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde, 2013, que será feita na UBS, durante as reuniões da equipe. Será apresentado o projeto de intervenção ao gestor municipal e coordenadora de Atenção Básica com o objetivo de garantir por parte deles os recursos materiais necessários para aplicação da Intervenção na UBS, será necessário providenciar a impressão de 200 cópias de fichas-espelho, além de 11 cópias do protocolo/manual técnico que serão usados para facilitar a capacitação dos 11 membros da equipe envolvidos no projeto, além disso vamos precisar de 3 blocos de folhas e canetas para anotações.

Será feita uma atualização do cadastramento dos idosos que permita monitorar mensalmente a cobertura deles na área com acompanhamento na unidade. Esta atualização será feita pelo enfermeiro na UBS uma vez por mês. Efetivar-se-á o exame físico adequado aos idosos, para poder identificar os riscos para morbimortalidade que apresentam e monitorar o mesmo nos prontuários clínicos. Também ser monitorado o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada mensalmente pelo enfermeiro na UBS. Será feito monitoramento nos prontuários clínicos dos medicamentos utilizados pelos usuários e verificaremos se são adquiridos nas farmácias populares. Os idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados pelos agentes de saúde terão seus registros arquivados na UBS, com frequência de execução mensal pelo enfermeiro da UBS. Haverá acompanhamento do número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Será

revisado sistematicamente os prontuários clínicos para monitorar e avaliar a necessidade de tratamento odontológico de idosos, com uma frequência semanal feita pelo médico na UBS.

Será feito rastreamento na área de abrangência do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados para estabelecer ações de prevenção e promoção, será realizada mensalmente pelo médico e enfermeiro nas reuniões da equipe na UBS. Avaliaremos a orientação nutricional para todos os idosos através do monitoramento dos prontuários médicos dos idosos cadastrados, assim como definiremos a quantidade de idosos com obesidade/ desnutrição. Este monitoramento terá frequência mensal, e será feito pelo médico e enfermeiro na UBS. Revisaremos nos prontuários clínicos a quantidade de idosos que recebem orientação de atividade física regular, assim como definiremos o número de idosos que realizam atividade física regular. O monitoramento terá frequência mensal, feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Garantiremos o acolhimento de 100% dos idosos, assim como faremos o verdadeiro cadastramento dos mesmos, feito por as agentes de saúde da área de abrangência, prévio dos idosos. Aproveitaremos as reuniões da equipe e debateremos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Revisaremos nos prontuários clínicos aqueles idosos que não realizaram exame clínico apropriado e recuperaremos o mesmo em consulta planejada, que será realizado de maneira mensal pelo enfermeiro na UBS. Agendaremos por meio dos dados oferecidos pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares aqueles idosos hipertensos e diabéticos provenientes destas visitas e acolhe-los, com frequência semanal pelo enfermeiro da UBS. Indicaremos exames complementários a todos os idosos avaliados em consultas ou visitas domiciliares, anualmente pelo médico e enfermeiro na UBS

Serão agendadas as visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, prévia coordenação com as agentes de saúde em cada reunião da equipe, semanalmente feito pelo médico na UBS. A prioridade do acolhimento será para os idosos portadores de HAS nos dias de atenção a idosos. Também providenciaremos, através do gestor, o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde para todos os integrantes da equipe na unidade de saúde de forma mantida para garantir a qualidade. As visitas domiciliares serão planejadas para os idosos

faltosos a consulta, com prévia revisão dos prontuários e agendamento com ajuda da equipe o acolhimento em consultas dos idosos faltosos, provenientes das buscas domiciliares.

Atualizaremos as informações do SIAB, através dos dados oferecidos e manteremos essa atualização, com uma frequência mensal feito pelo médico e enfermeiro na UBS. Definiremos uma vez ao mês a entrega das informações por parte da equipe para manter atualizado o registro e nomear ao enfermeiro como responsável do monitoramento dos registros. Iremos definir com a coordenação de Atenção Básica do município a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para completar a entrega daqueles que ainda não tem a caderneta.

Planejar as consultas do atendimento acordo aos riscos de morbimortalidade que apresentam os idosos, e elaborar ações a desenvolver por agentes de saúde com apoio do médico e enfermeiro para garantir uma adequada orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Estabelecer as ações a fazer na orientação para a prática de atividade física regular, pelos agentes de saúde com a supervisão do médico e enfermeiro, e apoio do NASF.

Conseguir a participação da comunidade, através das palestras na UBS procurando o comprometimento de todos poderem trabalhar com este grupo de etários. Aproveitar este espaço para que a comunidade conheça a existência do Programa de Atenção ao Idoso para que acreditem que a atenção primaria é a porta de entrada do sistema único de saúde, onde é capaz de trabalhar com programas de saúde com o objetivo de prevenir diferentes doenças. Serão feitas mensalmente pelo médico e enfermeiro na UBS. Aproveitar todos os cenários possíveis com a comunidade e explicar a importância destas avaliações para o diagnóstico e tratamento oportuno das doenças que podem trazer consigo uma diminuição da capacidade funcional dos idosos, fazendo orientações claras entendíveis para que eles possam modificar estilos de vida. Apresentar nas palestras para idosos e familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias

Planejar diferentes temas de atenção aos idosos e oferecer a mesma nas reuniões da equipe em forma de conversas e trocas de experiências, oferecendo as agentes de saúde diferentes modos de atuação na busca ativa daqueles idosos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço, aproveitando as atividades da visita domiciliar. Será feito com uma frequência mensal na UBS, nos espaços das reuniões da equipe pelo médico e enfermeiro.

Informar e debater na reunião da equipe os protocolos adotados pela UBS para o atendimento dos idosos, assim como estabelecer a participação da equipe nas consultas dos idosos com o objetivo de criar habilidades para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas. Estabelecer a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar capacidades na realização de exame clínico apropriado e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Planejar nas reuniões a capacitação da equipe sobre temas do protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, e atualização da equipe sobre temas do tratamento da hipertensão e/ou diabetes, assim como devem orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Capacitar os ACS no cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência e na identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Treinar a equipe na realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Proporcionar nas reuniões da equipe orientações de capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários do atendimento aos idosos.

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Relatar sobre as ações desenvolvidas pela equipe durante a intervenção, assim como aquelas que não forem possíveis é uma tarefa muito difícil, mas temos a vontade de mostrar tudo o que foi feito e as dificuldades encontradas. Concluímos a semana 12 da intervenção seguindo as atividades previstas no cronograma das atividades do curso. Temos que destacar que as ações de engajamento público foram feitas sem dificuldades, pois foi possível fazer palestras com a presença de usuários alvos da intervenção, familiares e comunidade em geral, antes do início da intervenção, não somente na sede da UBS, também nas escolas. Abordamos alguns temas de interesse tais como a existência do programa de saúde de adulto maior, os riscos das doenças nesta faixa etária, importância do atendimento clínico periódico, assim como da realização dos exames complementários e rastreamento de doenças frequentes como a hipertensão e diabetes, orientações do hábitos alimentares saudáveis, higiene bucal e a realização de atividade física regular.

Iniciamos a primeira semana de nossa intervenção com apresentação do projeto a todos os membros da equipe de saúde estabelecendo assim qual é a função que cada Profissional vai desenvolver nas diferentes ações programáticas. Os profissionais de maior nível dentro da equipe também iniciamos o treinamento aos profissionais como ACS e técnico enfermagem em diferentes temas de saúde relacionados com os idosos, orientamos como deve ser feito o cadastro, o preenchimento e atualização da ficha espelho e a caderneta de idoso, é importante destacar o que algumas ações não foram necessárias realizá-las porque já existia o conhecimento por parte dos fatores implicados, é o caso da toma a pressão arterial e o teste de diabetes pôr a técnica de enfermagem.

Foi algo difícil convencer a alguns dos integrantes da equipe para adotar o modelo de consulta seguindo o protocolo do ministério de saúde, incluindo atividades de promoção e prevenção de saúde, pois estavam acostumados a fazer só atendimento aos usuários idosos com doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

Não foi possível ter contato com o gestor municipal durante a primeira semana da intervenção por encontrar-se fora do município. A coordenadora de atenção básica teve conhecimento do início da intervenção e foram apresentadas as atividades a desenvolver durante a mesma. Nas semanas seguintes tivemos contato com a gestora municipal falamos com ela sobre nosso projeto e conseguimos o apoio incondicional para a intervenção garantindo no possível os recursos necessários, temos que sinalar sempre como a principal dificuldade não ter a tempo a caderneta de saúde da pessoa idosa.

Com a implementação da intervenção foram cadastrados todos os idosos da área, priorizando o agendamento do atendimento para esse público, fazendo o exame clínico, orientando sobre os principais fatores de riscos, adequados hábitos alimentares, a realização de teste de diabetes e pratica de exercício físico de forma individual a cada uno de eles, foram realizadas atividades semanais coletivas com a presença em nossa área da pessoa do NASF e do CRAS do município. Os motivos de priorização do atendimento da pessoa idosa foram sempre informados a população e a importância de implementar ações para cada dia melhorar a saúde da pessoa idosa, com a necessidade do apoio de todos para facilitar o desenvolvimento do trabalho. Todas as semanas nossa equipe se reunia nas segundas-feiras para avaliar o desenvolvimento das ações realizadas durante a semana

Durante as semanas de nossa intervenção tivemos a oportunidade de participar da Conferencia Municipal de Saúde, onde foram abordados distintos temas de muita importância para a pessoa idosa, como os direitos dos usuários e a participação da comunidade para ter saúde pública de qualidade assim como a importância que tem para a população idosa que os familiares conheçam quais são os principais riscos para riscos para morbimortalidade nesta faixa etária.

Temos que sinalizar que ao final da intervenção todas as atividades previstas foram cumpridas algumas com dificuldades principalmente o atendimento odontológico o qual apresentou momentos com falta de energia elétrica, falta de água e a última semana da intervenção tivemos a troca de odontologista, o que ocasiono que os usuários tiveram dificuldades para a realização da primeira consulta odontológico. Felizmente durante toda a intervenção os ACS mantiveram a busca da ativa dos usuários faltosos a consulta e foi possível no final de nossa intervenção de atingir a meta

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas pela equipe, mesmo que algumas tenham enfrentando limitações, mas podemos falar que nossa área não apresenta muitas dificuldades para a realização das ações programáticas. Embora que a maioria das atividades planejadas, forem cumpridas, tivemos algumas parcialmente realizadas, em relação com o atendimento odontológico. Mas com a continuidade do trabalho e confiantes que também seguiremos recebendo o apoio dos gestores envolvidos, iremos conseguir desenvolver totalmente as atividades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com respeito à coleta e sistematização dos dados não encontrei nenhuma dificuldade seguindo as orientações do curso e da orientadora.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas estão incorporadas na rotina do serviço, existindo um adequado cadastramento dos usuários idosos, classificação dos riscos, comorbidade (diabéticos e hipertensos), garantindo uma avaliação integral, evidenciado pela notável melhora na qualidade da atenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção na UBS Palmeira de Cima do Município São Miguel do Tapuio, propiciou a ampliação da cobertura da atenção a 165 (100%) idosos cadastrados na unidade, a melhoria dos registros (prontuários clínicos e fichas espelhos) e a qualificação da atenção com destaque para ampliação do exame integral multidisciplinar rápido, a fragilização na velhice e avaliação na rede social para classificação de risco de morbimortalidade nesta faixa etária.

A UBS tem uma população de 1.633 habitantes residentes na área de abrangência, 165 pessoas são idosas. Na intervenção conseguimos acompanhar os 165 idosos no programa, resultando em 100% da cobertura final do terceiro mês.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1: Número de idosos cadastrados no programa.

O trabalho da intervenção ampliou a cobertura da atenção programática aos idosos da UBS para 29,1% (n=48) no primeiro mês, 66,7% (n=110) no segundo e 100% (n=165) no terceiro mês alcançando a meta estabelecida.

O alcance da meta proposta foi favorecido pelos anos de experiência dos ACS, a boa conscientização e entrega no trabalho de toda a equipe. Além disso, teve também a preparação feita a início da intervenção e os grupos de idosos formados nas distintas micro áreas, para uma melhor divulgação das vantagens do programa a saúde da pessoa idosa.

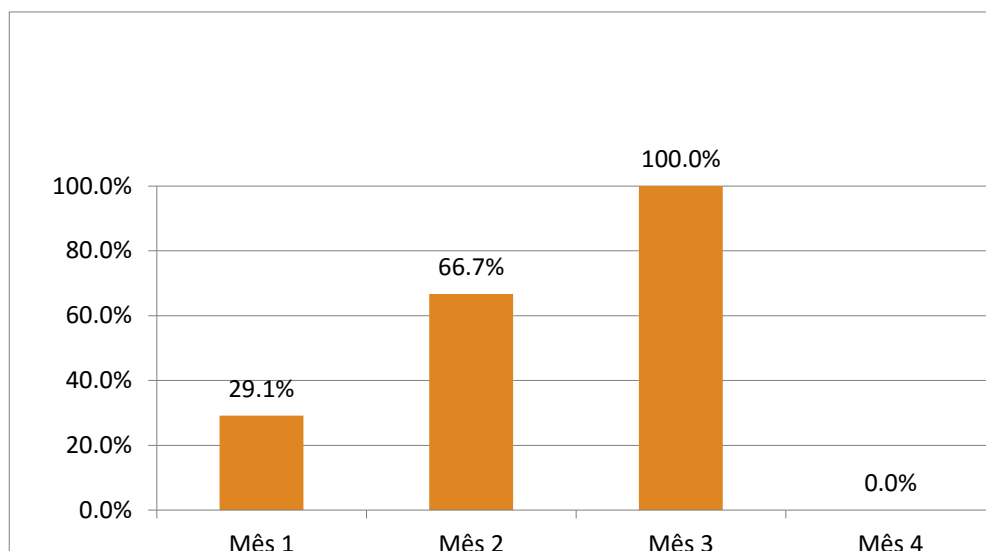


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS.

Meta 2.1: Realizar avaliação multidisciplinar rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo da avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidisciplinar Rápida em dia

Com o trabalho da equipe toda foi possível fazer a Avaliação Multidisciplinar rápida a 164 idosos o que representa um 99,4%. Temos que assinalar que a meta não foi atingida sua totalidade pois, diante o segundo mês da intervenção um idoso faleceu. No primeiro mês fizemos a avaliação de 48 (100%) idosos, no segundo mês de 109 (99,1%) e no terceiro mês foram avaliados 164 (99,4%). Temos que destacar o engajamento dos ACS com o projeto o que facilitou todo o trabalho, melhorando os prontuários clínicos e sua história psicossocial, história das doenças atuais, exame físico geral, avaliação dos pés e pulsos pediosos e tibiais posteriores, garantindo assim uma melhor atenção a pessoa idosa na UBS.

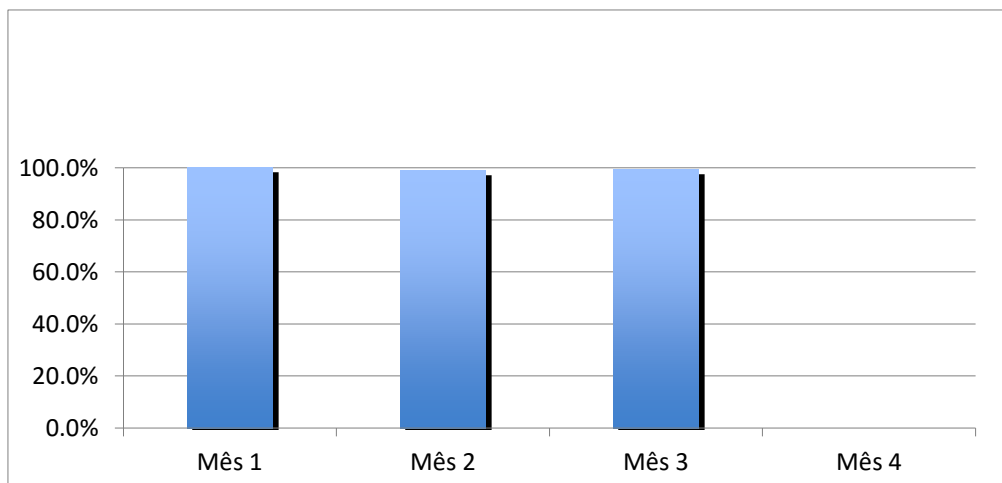


Figura 2:

Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluído exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

A equipe conseguiu realizar o exame físico integral a 100% em todos os meses da intervenção dos usuários na consulta médica, de igual forma os que foram atendidos em visita domiciliares. Foi feito um bom interrogatório e um ótimo exame físico a cada um deles podendo identificar os riscos para morbimortalidade detalhando todo nos prontuários clínicos, ao longo da intervenção todos os idosos tiveram feito o exame clínico apropriado e em dia.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, incluídos na intervenção com o objetivo de diagnosticar as possíveis complicações.

Indicador 2.3: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

A meta não foi atingida em sua totalidade, pois dos 104 usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos 102 tiveram a solicitação de exames periódicos. Dois deles não fizeram os exames por ter idade muito avançada e patologias que limitam o deslocamento de os usuários para a coleta da amostra, em primeiro mês foram realizada a solicitação de exame a os 28 idosos hipertensos e/ou diabéticos para um

100%, em segundo mês de 41 idosos atendidos diabéticos e/ou hipertensos fizeram os exames 39 para um 95,1% e no terceiro mês os 35 idosos diabéticos e/ou hipertensos fizeram exames complementares o que represento 100%.

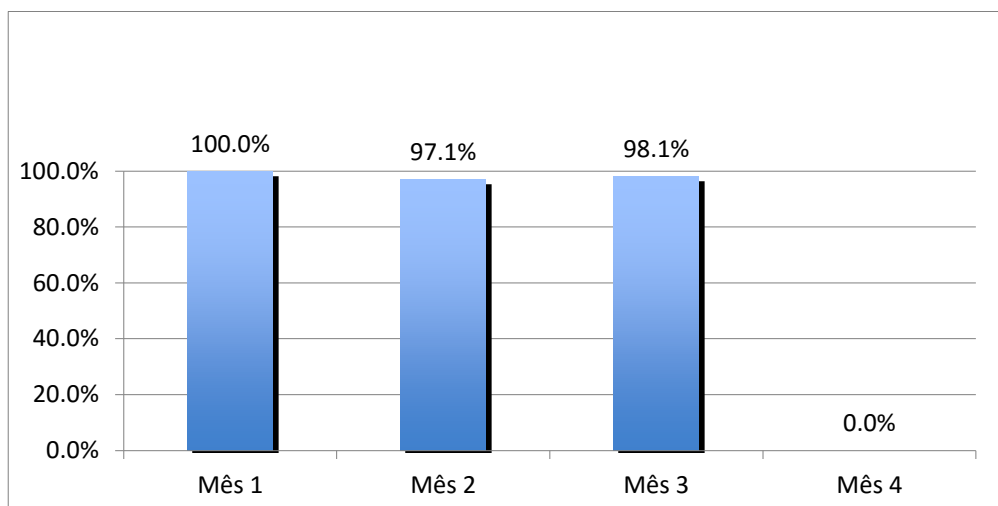


Figura 3: Proporção de idosos com exame complementares periódico em dia na UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos cadastrados na intervenção

Indicador 2.4: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Temos que sinalizar que nosso município conta com uma boa gestão e antes do início de nossa intervenção a maioria de nossos usuários recebiam a medicação pela farmácia popular. Nós temos 104 usuários hipertensos e/ou diabéticos, mas 4 usuários de outras patologias crônicas e todos eles recebem a medicação pela farmácia popular mensalmente na UBS, além disso também temos que destacar que a gestão municipal garante algumas medicações em outras farmácias do povo com desconto.

No primeiro mês, 28 (58,3%) idosos receberam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 70 (63,6%) e no terceiro mês 108 (65,5%).

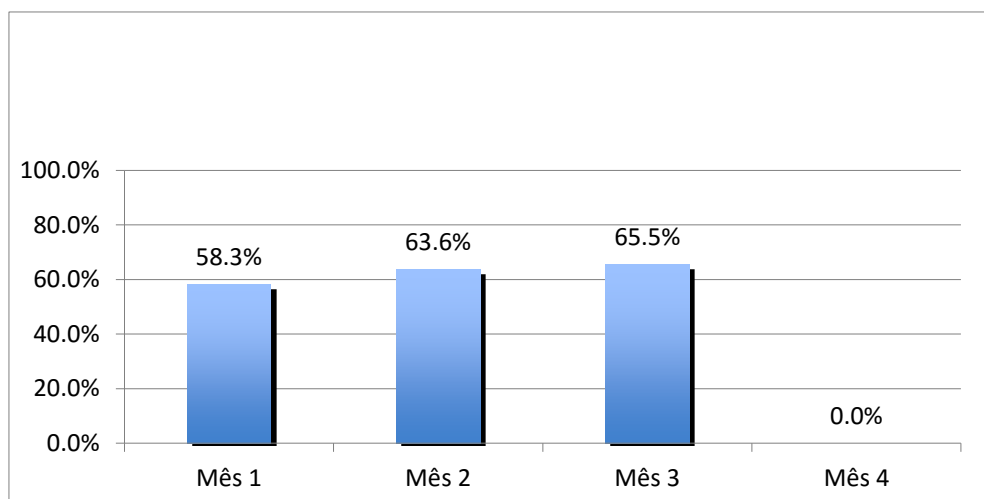


Figura 4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Com o projeto o número total de idosos acamados o com problemas de locomoção foram cadastrados e receberam atendimento médico como está no programa de atenção a pessoa idosa, graças ao apoio dos ACS. Durante o período da intervenção, todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados e atendidos.

Meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados o com problemas de locomoção cadastradas.

Ao longo dos três meses todos (100%) nossos usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção foram atendidos em visita domiciliar a qual é feita mensalmente. Contamos com a ajuda do gestor municipal que sempre garantiu o transporte para sua realização, realizamos um total de 13 visitas domiciliares o que representou o 100% dos idosos acamados de nossa área.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos usuários idosos cadastrados na intervenção para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

A equipe não teve problemas para atingir a meta pois é um procedimento incorporado desde o início na rotina de nosso trabalho. Foi realizada a verificação da pressão arterial na última consulta aos 165 usuários idosos de nossa área o que representa 100% de nossos idosos.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Todos os usuários idosos com pressão sustentada maior ou igual a 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial foram rastreados para diabetes mellitus, tivemos um total de 99 usuários para um 100% em todos os meses da intervenção.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos;

Indicador 2.9: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Além das dificuldades encontradas durante os 3 meses da intervenção, temos que sinalar que só um usuário não foi avaliado no atendimento odontológico. Ele encontrava-se fora da área, estamos confiantes que os problemas odontológicos não sejam obstáculo para o bom desenvolvimento do projeto no futuro.

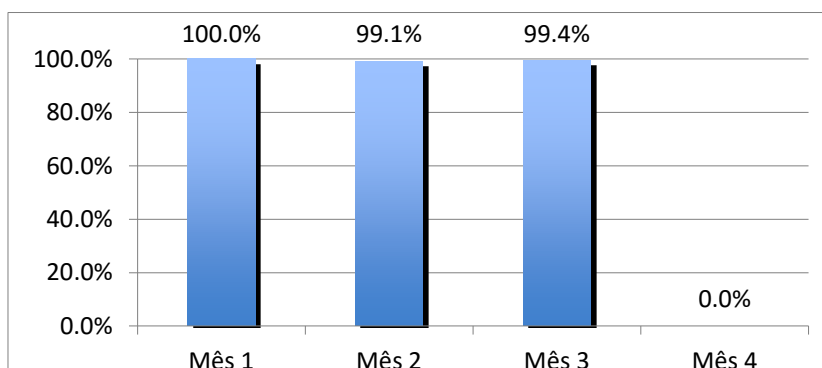


Figura 5: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Temos que sinalar que a meta não foi atingida em sua totalidade, pois as dificuldades depois do primeiro mês de trabalho aumentaram com a saída do dentista. No terceiro mês foi possível recuperar, mas não o suficiente, a cobertura foi de apenas 89,1% com 147 usuários idosos de 165, diante primeiro mês os 48 idosos tiveram a primeira consulta odontológica programática para 100%, segundo mês com a saída de cirurgião dentista dos 62 idosos que tinham primeira consulta odontológica só 45 para 72,5% e no terceiro mês com a incorporação de novo cirurgião dentista dos 55 idosos 54 fizeram a primeira consulta odontológica para 98,1%.

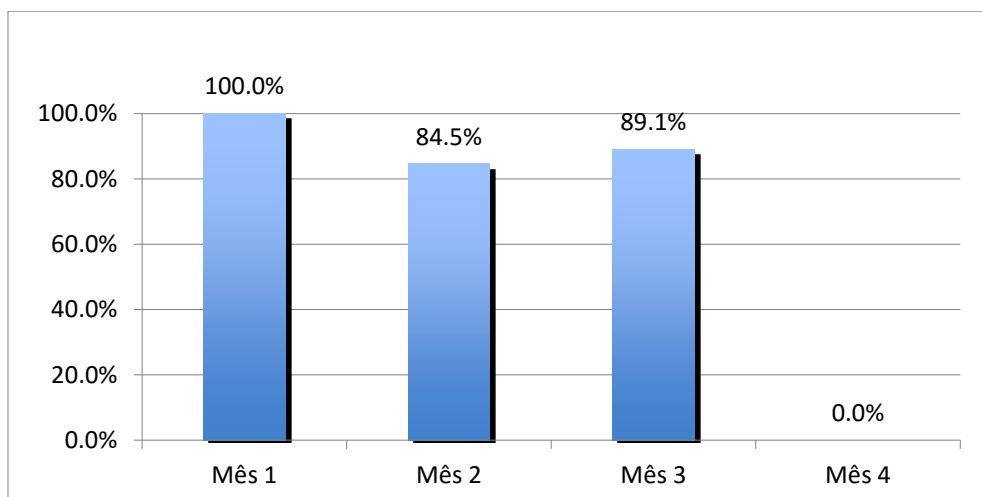


Figura 6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Objetivo 3: Melhorar a adesão da atenção ao idosos na Unidade de Saúde

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Temos que sinalizar que além do bom trabalho dos ACS na busca dos usuários faltosos a consulta, ficamos com 3 usuários que não foi possível recuperar. Eles encontravam-se fora de nossa área de abrangência, de 35 idosos faltosos à consulta receberam busca ativa e foram recuperados 32, o que corresponde a 91,4%.

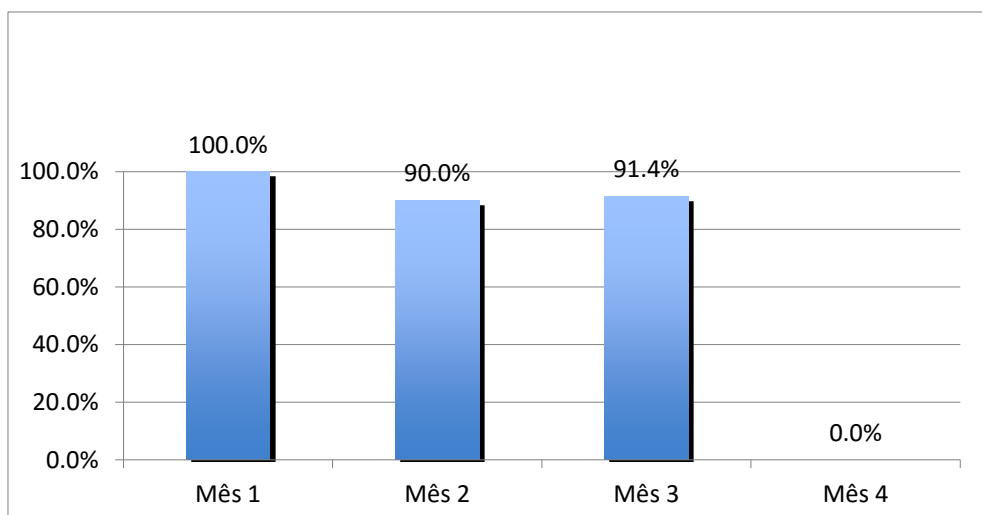


Figura 7: Proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa. UBS Palmeira de Cima, São Miguel do Tapuio – PI. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas;

Indicador 4.1: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Durante o desenvolvimento da intervenção foi possível garantir que os 165 idosos cadastrados no programa tivessem fichas de espelho preenchidas nas consultas, melhorando assim os registros que os ACS possuem da população, a meta foi atingida 100% durante todos os meses da intervenção.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos 100% dos idosos cadastrados;

Indicador 4.2 Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Além das dificuldades do início foi possível atingir a meta 100% em todos os meses da intervenção pois a gestora municipal garantiu Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos 165 idosos cadastrados no programa.

Objetivo 5.1. Melhorar a avaliação de risco da atenção ao idosos na Unidade de Saúde.

Meta 5.1. Rastrear a 100% das pessoas idosas cadastradas na intervenção para risco de morbimortalidade.

Foi possível atingir a meta a 100% durante toda a intervenção pelo interesse, entrega e dedicação de toda a equipe com a realização do projeto. Avaliamos o risco

de morbimortalidade dos 165 idosos, rastreando novas doenças crônicas e as possíveis complicações daquelas que já existem. Estamos confiantes de que a intervenção já foi incorporada na rotina do trabalho e assim continuar melhorando cada dia, mas a saúde a pessoa idosa nossa área.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas;

Indicador 5.2: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Foi muito importante para a equipe a entrega dedicação e aprendizagem dos ACS com os indicadores de fragilidade e as medidas preventivas para evitar o que se constitui uma síndrome multidimensional que envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso da vida individual dos usuários idosos. Os ACS incorporaram a sua rotina diária de trabalho esses elementos facilitaram atingir a meta 100% avaliando os 165 idosos cadastrados no projeto durante as 12 semanas da intervenção.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos cadastrados;

Indicador 5.3. Número de idosos com avaliação da rede social.

Ao o longo da intervenção foi avaliado a rede social de 100% dos idosos nos três meses de intervenção. Investigamos, além dos dados pessoais, a escolaridade, situação econômica, estado civil, vínculo com a família e vizinhos, participação nas atividades sociais, quem cuida de sua alimentação, roupas, limpeza do domicílio, quem cuida deles, quem cuida de suas finanças, dados que foram referidos pelos próprios idosos ou por seu responsável. O resultado foi que é baixa a participação nas atividades comunitárias, a maioria são analfabetos, quase todos moram junto ou perto da família, que cuida e controla suas finanças.

Objetivos 6: Melhorar a promoção de saúde da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Número de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Durante os três meses de nossa intervenção, os 165 idosos da área cadastrados no programa receberam orientações por parte da equipe e dos integrantes do NASF para hábitos alimentares saudáveis. Foram realizadas palestras,

conversas individuais em cada consulta assim como em outras atividades de grupo para ajudar a melhorar seu estado de saúde e evitar a obesidade e outras doenças crônicas como a hipertensão e diabetes.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos;

INDICADOR 6.2: Número de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Ao longo dos três meses de nossa intervenção os 165 usuários cadastrados receberam orientação sobre a prática regular de exercícios físicos, com 100% de cobertura. Estas orientações são muito importantes para prevenir o sedentarismo a obesidade e doenças cardíacas, tudo foi possível com apoio do preparador físico e fisioterapeuta do NASF do município.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados;

Indicador 6.3: Número de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Além das dificuldades apresentadas nos últimos dos meses os 165 idosos cadastrados no projeto de intervenção tiveram orientação sobre cuidados de saúde bucal, incluindo as próteses dentárias. Para evitar doenças bucais mesmo que não tenham dentes nem próteses, dessa forma, os indicadores relacionados a essas ações permaneceram em 100% nos 3 meses de intervenção.

4.2 Discussão

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir de forma correta as orientações do Ministério de Saúde para o programa de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, relativas ao rastreamento diagnóstico, tratamento e monitoramento da atenção a idosos. Ficou estabelecido cada segunda-feira, uma reunião com a equipe, para avaliar o desenvolvimento das ações previstas, tendo em conta as atribuições para cada membro da equipe.

A realização da Avaliação Multidimensional Rápida foi feita pelo médico com ajuda da auxiliar de enfermagem garantindo o exame físico apropriado em 100% das consultas realizadas incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial

posterior e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, alcançando realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, assim como priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

O rastreamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi realizado nas consultas com a participação dos membros da equipe, previa capacitação realizadas nas primeiras semanas do projeto, foi possível rastrear em 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM) realizando o teste de glicemia. Diante das consultas foi possível avaliar as necessidades do atendimento odontológico assim como as necessidades de próteses dentárias, pela equipe de saúde da UBS, não sendo assim pela Equipe de Saúde Bucal, devido a inconsistência do odontologista afeito esta ação.

O cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção foi feito pelos agentes comunitários de saúde que garantem ademais o cadastro da população dos idosos da área adstrita o que facilitou atualização dos dados nas fichas espelho a inclusão dos mesmos no arquivo feito para este grupo, assim como agendamento das consultas médicas e visitas domiciliares, onde a auxiliar de enfermagem foi encarregada as ações, foi possível a realização da visita domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção com a presença da equipe.

O serviço conseguiu aumentar a cobertura da ação programática de atenção à pessoa idosa, com ou sem doenças crônicas, nos três meses de intervenção. A equipe obteve uma maior qualificação do cuidado, com destaque para a classificação de risco, solicitação de exames complementares em dia, rastreamento de doenças crônicas, acompanhamento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e atenção à saúde bucal. Além de tornar eficiente o registro das informações correspondentes ao estado de saúde de cada usuário

No transcurso da intervenção conseguimos um trabalho da equipe de maneira integrada, melhorando a comunicação dos profissionais e com a comunidade, conseguindo alcançar maior organização do processo de trabalho. As ações de educação em saúde se somam ao acompanhamento clínico, trazendo oportunas orientações de saúde, contribuindo para a autonomia e autocuidado das famílias e

usuários. A equipe realizou várias ações que potencializaram a divulgação de informações, abordando temas diversos que contribuem para envelhecer com saúde.

A intervenção oportunizou a capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde sobre conteúdos e linhas de conduta clínica de acompanhamento da saúde dos idosos, segundo recomendações e protocolo do Ministério de Saúde. Gerou maior organização e planejamento do serviço, oferecendo acolhimento fundamentado nas atribuições de todos os integrantes da equipe, que realizaram atividade para melhorar e viabilizar os atendimentos, e nesse caso, os ganhos não foram somente para os idosos, senão também para toda a população. Um processo de trabalho sistematizado e incorporado no dia a dia da unidade permitiu atender aos idosos, e sem deixar de consultar ao resto da população.

Já sobre a importância da intervenção para a comunidade acredito que o maior impacto seja percebido pela comunidade, o conjunto de ações e atividades trouxe resultados positivos, diante abordagem de temas relacionados com a prevenção, que permitam aos idosos se manterem ativos e com um bom estado de saúde, oportunizando mais qualidade de vida na terceira idade. Os idosos demonstraram satisfação com o atendimento nas consultas e atividade educativas.

Se realizasse novamente a intervenção, promoveria uma maior participação da equipe de saúde bucal, para solucionar as dificuldades desde o primeiro momento. No final desta intervenção percebemos que a equipe está mais unida, incorporando a intervenção a nossa rotina diária do serviço, para conquistar uma vida mais longa, saudável e com qualidade.

A partir de agora temos implementado o programa de saúde aos idosos em na UBS, pelo qual temos que dar continuidade as ações, tomando este projeto como exemplo, também pretendemos programar outros programas estabelecidos pelo MS a rotina do serviço da UBS.

5. Relatório da Intervenção para a Comunidade

Comunidade,

Com o Programa Mais Médicos e o Curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS-UFPEL, foi possível no início de nosso trabalho fazer uma boa análise da situação de saúde da Unidade Básica de Saúde Palmeira de Cima do Município São Miguel do Tapuio, PI. Verificamos a rotina de atendimento e as necessidades de ações que pudessem ser melhoradas, foi assim que percebemos que a pessoa idosa não tinha uma boa rotina de acompanhamento como estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Inicialmente apresentamos nosso projeto para a gestora municipal e a todos os membros da equipe. Todos ficaram interessados, enfatizando a importância de conseguir um bom acompanhamento periódico da pessoa idosa, detectando a tempo os riscos de doenças.

Com a implementação da intervenção foram cadastrados todos os 165 idosos da área de abrangência da UBS, incorporamos a rotina do trabalho da equipe o atendimento periódico, realizamos o exame clínico. Orientamos os usuários e familiares sobre os principais fatores de risco para morbimortalidade nesta faixa etária, a importância da realização de exercício físico, adequados hábitos alimentares a cada um deles, além de realizar semanalmente atividades educativas com a presença dos integrantes do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF).

Acredito que a comunidade desenvolve um papel fundamental no apoio aos trabalhadores da saúde para melhorar a atenção a saúde na UBS, cooperando na disciplina, acatando as orientações médicas assistindo a todas as atividades programadas pela equipe de saúde.

O empenho e o envolvimento da equipe de saúde, no desenvolvimento das ações, permitirão uma melhora nos indicadores de saúde, a partir desses resultados pretendemos continuar com essa prática de conscientização social, com o compromisso de responder as necessidades de Saúde da comunidade.

6. Relatório da intervenção para os gestores

Prezados Gestores,

Com a incorporação do Programa Mais Médicos no município São Miguel do Tapuio, tivemos a oportunidade de incorporarmos o trabalho e realizar na unidade básica de saúde Palmeira de Cima uma análise da situação de saúde. Esta análise nos permitiu compreender que alguns dos programas não estavam sendo implementados em sua totalidade, foi assim que nos motivamos a realizar nossa intervenção no Programa de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de melhorar a saúde dos mesmos.

Foi iniciada uma intervenção em saúde que durou 12 semanas, tendo como objetivo geral melhorar a atenção a saúde dos idosos da área adstrita. Apresentamos o projeto e solicitamos apoio a gestor municipal e aos gerentes da saúde, coordenadores de enfermagem, odontologia, e do NASF, para a disponibilização de materiais e insumos necessários nas atividades do projeto.

Houveram algumas dificuldades, no início todas as cadernetas dos idosos não estavam prontas, no segundo mês faltou durante uma semana a energia e água na UBS e posteriormente na outra semana o dentista foi bora. Mais além dessas dificuldades nos foi possível atingir a tempo as metas propostas.

A equipe realizou algumas ações na perspectiva de aumentar a adesão e o envolvimento da população, de modo que realizamos reuniões com os líderes das comunidades para dar conhecimento dos objetivos do trabalho, solicitando o apoio e ajuda junto com os ACS para fazer a busca ativa de idosos faltosos.

Com a intervenção as atribuições dos profissionais da equipe foram revisadas e redefinidas, assim como foi reorganizado o fluxograma de atendimento na UBS, que se concentrava na demanda espontânea. Realizamos a capacitação dos membros da equipe e o conhecimento do projeto, começamos a desenvolver as ações tendo em conta o cronograma estabelecido para as mesmas. Os ACS foram essenciais na busca ativa dos idosos da área, cadastrando os 165 idosos pertencentes a nossa área, o que representou 100% de cobertura.

Em cada consulta foi garantido além do exame físico integral, os exames laboratoriais a 100% dos idosos com doenças crônicas como diabetes e hipertensão

arterial. Também foram monitorados para diabetes mellitus com teste de glicose os idosos que apresentaram antecedentes de hipertensão arterial ou que tiveram pressão alta acima de 135 com 80mmHg. Foram feitas a avaliação multidisciplinar rápida, fragilização na velhice, avaliação nas redes sociais, identificando o risco de morbimortalidade a 100% dos usuários atendidos. Todos os dados foram registrados nos prontuários clínicos e nas fichas espelhos, alcançando uma maior qualidade no registro.

No início do terceiro mês de nossa intervenção tivemos a oportunidade de participar da Pré-Conferência Municipal De Saúde em nossa área. Lá foram abordados distintos temas de muita importância para a pessoa idosa, entre eles falou-se sobre os direitos dos usuários e a participação da comunidade para ter saúde pública de qualidade. Também conversamos sobre a importância de os familiares conhecerem quais são os principais riscos para morbimortalidades nesta entre os idosos e também sobre a importância e impacto de nossos projetos na comunidade. Além de tudo isso, o empenho e envolvimento da equipe de saúde no desenvolvimento das ações permitiram uma melhora nos indicadores de saúde da pessoa idosa.

Para os gestores este projeto de intervenção também tem sido muito importante pois na medida que a comunidade expressa satisfação com suas demandas atendidas, torna-se um ponto a favor pois denota que o trabalho realizado está sendo positivo e frutífero. Ficamos motivados e com vontade de continuar e ampliar a lógica da intervenção as demais ações programáticas.

7. Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da Família foi importante para mim, constituindo uma nova experiência na formação e preparação enquanto ao atendimento na Atenção Básica no Brasil. Aprendi a ter mais habilidades no desempenho profissional, utilizando o método clínico, epidemiológico, aplicando os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso, na prática diária, favorecendo assim a organização do processo de trabalho em relação ao cuidado e decisões de condutas.

Com o início do curso foram muitas as expectativas que aumentaram com o desenvolvimento dele, e por meio do estudo das quatro unidades, adquiri mais capacidades e habilidades no trabalho na Atenção Básica a qual trouxe mudanças no serviço prestado na UBS e no trabalho da equipe, daí a importância e o significado grande para mim, para a equipe e a comunidade. Ajudou-me a conhecer os problemas das comunidades onde trabalhamos, principalmente o que se refere à saúde dos idosos que foi o tema que eu desenvolvi. Atualmente existe um vínculo maior entre a equipe e a comunidade diante a participação ativa da população em nosso trabalho e onde tentamos resolver os problemas que afetam a saúde da população.

No desempenho profissional, acrescentou o vínculo e a comunicação com os profissionais da equipe, incorporando iniciativas e avaliando opiniões, compartilhando as ações e atribuições, além de possibilitar o envolvimento das comunidades, aumentando seus conhecimentos e ganhar em responsabilidades para contribuir à continuidade do cuidado, aumentou a comunicação com gestores da saúde a traves da intervenção. Facilitando a integração dos setores, em parceria com a equipe de saúde, executando atividades coletivas, estabelecendo um maior contato com a comunidade.

Diante a intervenção, conseguimos acrescentar a qualificação profissional da equipe, melhorando as ações e funcionamento dos Programas de Saúde na Família, incorporando à rotina de trabalho os Protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sendo tudo isso possível pelo esforço de seus profissionais como uma excelente oportunidade para estabelecer um verdadeiro trabalho em equipe.

Acredito que no decorrer da intervenção ganhamos em organização e capacitação, para fazer uma assistência de qualidade aos usuários e desta forma poder garantir a melhora da saúde da população cumprindo com os princípios fundamentais da saúde, além de respeitar os direitos de cada usuário.

Referências

ABC.MED.BR, 2013. O envelhecimento saudável. Envelheça com saúde. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/saude-do-idoso/377190/o-envelhecimento-saudavel-envelheca-com-saude.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. **Disponível em:** <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acessado em 22 oct 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de saúde, demográficas e socioeconômicas. População residente. **Censos, Contagem e projeções intercensitárias. Brasília: Datasus/MS. Disponível em:** <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptpi.def>>. Acessado em 18 set 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.842-94, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 jan. 1994. Seção I, p. 77.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, D.F, 2004. p.14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 1. ed. 2. Brasília, DF, 2003. p. 13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, v. 21, p. 68-73, dez. 2000.

BRASIL. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002 – 2003: resultados principais. Brasília, D.F, 2004. p. 16.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05/out/1988. Brasília, D.F, 2006. p. 33.

ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA (Disponível em: <http://www.saude.assis.sp.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&d=73&Itemid=63>)

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico – IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=241250&search=rio-grande-do-norte|sao-miguel|infograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria>>. Acesso em: 09 nov. 2014

Anexos

Anexo A - Ficha Espelho



Especialização em
Saúde da Família
Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado(a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Anexo B - Planilha de Coleta de dados

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 2							
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

I	J	K	L	M
O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Anexo C - Documento de aprovação do projeto no Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel